

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES CALCULS

DE LA PROSTATE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Juin 1907

PAR

Charles MARIANI

Né à Frasseto (Corse), le 23 avril 1876

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
SARDA . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale.		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL
Clinique chirurgicale.		FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique.		TRUC (✻).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène.		BERTIN-SANS
Clinique obstétricale.		VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. RAUZIER, de ROUVILLE
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe		SOUBEIRAN, agrégé
Pathologie générale		N...
Clinique gynécologique.		de ROUVILLE, prof. adj
Accouchements.		PUECH, agrégé lib
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, agr. libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. JEANBRAU	MM. GAGNIERE
RAYMOND (✻)	POUJOL	GRYNFELTT Ed
VIRES	SOUBEIRAN	LAPEYRE
VEDEL	GUERIN	

M. IZARD, *secrétaire*.

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président*.	MM. JEANBRAU, *agrégé*.
ESTOR, *professeur*.	SOUBEIRAN, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA SŒUR JULIE

A MA MÈRE — A MON PÈRE

A MES SŒURS — A MES FRÈRES

A MES PARENTS — A MES AMIS

C. MARIANI

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE DOCTEUR EMILE FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

CHIRURGIEN EN CHEF A L'HOPITAL SAINT-ÉLOI

A MES MAITRES

C. MARIANI.

AVANT-PROPOS

A la veille de quitter cette Université montpelliéraine, c'est pour nous un devoir bien doux d'adresser nos remerciements les plus sincères et notre profonde reconnaissance à tous les Maîtres éminents qui ont contribué à parfaire notre éducation médicale.

Notre reconnaissance et notre sympathie s'en vont tout d'abord à M. le professeur agrégé Vires qui nous a toujours témoigné un vif intérêt. Nous avons retiré de ses leçons de Pathologie générale, qu'il a su nous rendre pleines d'attrait, un réel profit.

M. le professeur agrégé Lapeyre s'est montré pour nous plein de bienveillance. Qu'il soit assuré de notre sincère gratitude.

M. le professeur Forgue nous a donné l'idée de cette thèse ; il ne nous a ménagé dans la direction de ce travail ni son temps ni ses conseils éclairés. Il a bien voulu aussi nous faire le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien recevoir ici l'hommage de notre respectueuse gratitude. Nous avons pu apprécier combien utile et fécond est son enseignement hospitalier, et nous nous souviendrons volontiers de ses longues et si profitables causeries au lit du malade.

M. le docteur Riche, chef de clinique chirurgicale, a toujours été pour nous un ami très dévoué. Qu'il nous

permette de lui exprimer notre reconnaissance et de lui adresser en même temps nos félicitations pour le brillant succès qu'il vient de remporter à son dernier concours.

M. Massabuau, chef de clinique chirurgicale intérimaire, nous a aidé de son mieux dans la rédaction de nos deux observations inédites. Nous le remercions également.

Enfin, ce n'est pas sans un réel et profond regret que nous nous voyons séparé, de par les nécessités de la vie, de ceux qui furent nos meilleurs amis pendant nos études. Nous les emportons tous dans un même souvenir qui restera toujours vivace.

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Forgue deux cas de calculs de la région prostatique de l'urèthre, nous avons jugé à propos d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale et de contribuer ainsi pour notre part à l'étude de cette affection.

Nous pensons avec M. Guyon qu'il n'y a pas de calculs vrais de la prostate, qu'il n'y a que des calculs de la région prostatique.

Tous ces calculs, pour la plupart uratiques, phosphatiques ou uro-phosphatiques, sont étrangers à la glande et viennent le plus souvent, nous pourrions dire toujours, d'un autre point de l'appareil urinaire, vessie ou rein.

Nous apportons, à l'appui de ce que nous avançons, un assez grand nombre d'observations cliniques, dont deux inédites.

Après quelques mots d'historique et un chapitre assez succinct sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de ces calculs, nous entrons dans la symptomatologie de cette affection, analysant les signes physiques et fonctionnels auxquels elle donne lieu, déterminant ceux d'entre ces signes qui mènent le plus aisément au diagnostic et nous terminons en indiquant quel est le traitement de choix dont sont justiciables ces calculs.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES CALCULS

DE LA PROSTATE

HISTORIQUE

C'est par Marcellus Donatus, en 1586, qu'on entend pour la première fois parler de pierres dans la prostate.

Bartholetus, en 1619, Douglas, en 1707, constatent chacun un cas de calculs prostatiques.

Le premier mémoire de valeur est publié par Pohl, en 1737, et quelques années après, Louis (1747) et Morgagni (1762) insistent sur les caractères des calculs de la prostate.

En 1838, Civiale résume la question sans d'ailleurs la préciser. Depuis lors des travaux de tout premier ordre sont apparus. Bérard, dans sa thèse d'agrégation, s'occupe longuement des pierres prostatiques ; les thèses de Mélisson (1873), Ménagé (1880), précisent singulièrement leur étude.

Ces temps derniers, l'école de Necker a mis définitivement la question au point : le professeur Guyon au point

de vue clinique, Albarran, Legueu et Pasteau au point de vue pathogénie et traitement.

Tarnaud, dans sa thèse de 1901, inspirée par M. Guyon, résume tous ces travaux et apporte un grand nombre d'observations.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

Nous laisserons ici de côté le premier groupe des calculs de la prostate ou calculs vrais dont l'existence est très incertaine et qui n'ont, en supposant qu'ils existent, aucune histoire clinique, pour nous occuper spécialement du second groupe ou calculs de la région prostatique de l'urèthre, qui eux sont assez fréquents.

Dans les cas les plus simples on trouve au-dessous du col vésical, au dessus du sphincter membraneux, une ou plusieurs formations calculeuses qui atteignent parfois un volume assez considérable, d'aspect plus ou moins régulier; ces calculs repoussent les parois uréthrales, les distendent et arrivent ainsi à se former une véritable cavité qui se continue au-dessus avec la vessie, au-dessous avec l'urèthre membraneux.

Dans d'autres cas, le calcul se développe à la fois dans l'urèthre prostatique et dans la vessie elle-même. On se trouve alors en présence de ces calculs uréthro-prostatiques sur lesquels de nombreux auteurs ont attiré l'attention et sur lesquels roulent presque toutes nos observations. Ces calculs ont alors une forme caractéristique : généralement resserrés dans leur partie moyenne qui correspond au col vésical, ils se composent de deux portions dilatées, réunies par une partie rétrécie d'où le nom de calcul en sablier qui leur a été donné. Ils peuvent

cependant être simplement allongés avec une grosse extrémité ordinairement vésicale et une autre extrêmement fine qui s'engage dans le col et se continue dans l'urèthre prostatique, formant des calculs irrégulièrement coniques, des calculs en poire.

Dans d'autres cas il occupe à la fois la région prostatique et la région membraneuse, il peut même s'avancer jusque dans la région bulbaire.

Ajoutons à ces variétés de calculs, les calculs uréthro-diverticulaires, ordinairement peu volumineux; la cavité qui les contient s'ouvre dans l'urèthre par un orifice étroit mais toujours nettement visible.

Notons que tous ces calculs sont, au point de vue de leur constitution chimique, uriques, phosphatiques ou uro-phosphatiques, peu résistants à la pression, friables même dans un cas, durs dans l'autre cas.

Et maintenant, d'où viennent ces calculs, où se forment-ils primitivement? Quand nous aurons répondu à cette question, nous aurons résolu le problème pathogénique de cette affection.

Avec M. Guyon, dont l'autorité en matière de chirurgie urinaire est considérable, nous pensons que presque toujours, pour ne pas dire toujours, ce sont des calculs venus du rein ou de la vessie et arrêtés dans la prostate où, en supposant qu'ils restent dans cette région et qu'ils se développent sur place, ils peuvent donner naissance à toutes les variétés de calculs dont nous avons déjà parlé.

Les antécédents lithiasiques, si souvent notés chez la plupart des malades, viennent à l'appui de cette hypothèse.

SYMPTOMES, MARCHE, COMPLICATIONS PRONOSTIC

1° Symptomes

Après avoir étudié les différentes formes qu'ils peuvent revêtir et les divers aspects qu'ils peuvent présenter, nous sommes naturellement amené à étudier la symptomatologie des calculs prostatiques.

Le tableau clinique du calculeux prostatique est ordinairement le suivant : on est en présence d'un malade ayant fréquemment des signes de lithiase ; ou bien il a eu des coliques néphrétiques, ou bien on a constaté chez lui la présence d'un calcul vésical, ou encore il a présenté fréquemment du sable dans les urines. Le calcul prostatique qu'il possède va maintenant donner lieu et à des signes fonctionnels et à des signes physiques.

Les symptômes fonctionnels se rapprochent beaucoup de ceux des calculs vésicaux, mais ils s'en distinguent par quelques points : l'hématurie, tout en étant assez fréquente, est d'ordinaire légère, moins caractéristique, moins nette, plus irrégulière. Certains malades ne peuvent uriner qu'en prenant des positions bizarres, tel par exemple le malade de Barudel, réduit, au moment des mictions, à se faire de fortes tractions sur la verge, ou encore le malade de Verneuil, qui ne pouvait pisser qu'en

pressant à l'aide de ses doigts la région périnéale. La dysurie peut augmenter et arriver à la rétention, rétention complète dans le cas d'un petit calcul obstruant brusquement l'urèthre, rétention incomplète s'établissant progressivement et pouvant finalement amener une fausse incontinence.

Un phénomène presque constant, c'est la douleur qui peut se présenter sous des aspects très divers : tantôt c'est une simple sensation de gène, de pesanteur ; tantôt elle est due aux mictions, qui sont difficiles, tantôt enfin c'est du côté du rectum que les phénomènes sont le plus accusés ; il y a du ténesme, des épreintes, des douleurs très vives au moment de la défécation.

Mais tous ces symptômes fonctionnels ne sont pas caractéristiques et n'ont qu'une valeur tout à fait relative. L'examen physique seul peut nous donner des renseignements précis.

Cet examen se fera par le cathétérisme et se complètera par le toucher rectal.

Pour le cathétérisme, on se servira de l'explorateur à boule olivaire, qui donnera de beaucoup les sensations les plus précises, et il fera percevoir avec la plus grande netteté le frottement rude, râpeux, absolument caractéristique pour qui est un peu familier avec la clinique urinaire.

Mais l'explorateur à boule aussi bien que l'explorateur métallique peuvent être insuffisants, soit qu'ils s'arrêtent devant l'obstacle, soit qu'ils ne le rencontrent pas, suivant les cas.

Aussi sera-t-il nécessaire de pratiquer le toucher rectal, qui donnera des renseignements positifs. Celui-ci révèle au niveau de la prostate une sensibilité anormale, souvent une douleur vraie, et cette douleur provoquée a par elle-

même une grande valeur lorsque, comme cela arrive, on n'a pas en même temps la sensation de calcul Dans ce cas, cette douleur au niveau de la prostate suffit à faire penser à un calcul. Mais souvent on constate au même point une induration ferme, résistante, avec une crépitation très nette dans le cas de plusieurs calculs frottant les uns contre les autres. Ces sensations, on les éprouve à l'entrée de la prostate, mais elles sont d'autant plus accentuées que le doigt avance davantage dans le rectum et s'approche de la vessie. Quand ces deux symptômes, douleur localisée et induration limitée, se trouvent réunis, cela est caractéristique d'une pierre dans la prostate, et quand il s'y joint la crépitation très nette, on ne peut s'y tromper.

2° Marche, Complications, Pronostic

L'évolution clinique des calculs prostatiques est lente ; lorsqu'il s'agit d'un petit calcul venu de la vessie, il peut être expulsé après avoir cheminé dans le canal ; la plupart du temps les calculs prostatiques restent en place, révélant ou ne révélant pas leur présence ; s'ils la révèlent, ils sont d'ordinaire extraits chirurgicalement.

Leur développement est progressif, et il est évident qu'à mesure que leur volume augmente, ils peuvent accentuer les troubles causés par leur présence, et nous sommes ainsi amené à l'étude des complications des calculs prostatiques Elles sont de trois ordres : locales, générales ou dues à l'exagération d'un symptôme.

Une douleur intense, une hématurie très abondante,

une rétention d'urine d'allure inquiétante constituent en effet une vraie complication.

Les complications locales sont les plus intéressantes ; il est naturel que la présence du calcul amène d'abord une congestion de l'organe. Que la glande l'infecte, ce qui n'est que trop facile, étant donné l'état souvent défectueux, en ces cas, de l'urèthre postérieur et de la vessie, et on aura facilement un abcès prostatique ; les abcès prostatiques d'origine calculeuse peuvent revêtir une allure aiguë. Mais d'ordinaire, leur évolution est lente. Ces abcès peuvent s'ouvrir dans l'urèthre, dans le rectum ou au périnée, ces deux dernières voies étant de beaucoup les plus fréquentes, surtout pour les abcès d'un certain volume. Ils peuvent en même temps donner lieu à des fistules dont l'intérêt diagnostique est très net ; ces fistules, en effet, peuvent être explorées et mener sur un calcul dont la présence pouvait être ignorée jusque là. Il y a même des cas où on a pu voir le calcul s'éliminer par la fistule.

Quant aux complications générales, il est bien rare qu'elles soient dues uniquement aux calculs de la prostate. Le plus souvent elles tiennent à ce que, la vessie étant infectée, et d'autre part le malade étant souvent un rétentionniste, l'infection pourra gagner les uretères et les reins et déterminer rapidement un état général grave.

Le pronostic de cette affection sera donc variable. Bénin dans la plupart des cas, il sera singulièrement assombri par le mauvais état antérieur des voies urinaires.

DIAGNOSTIC

Après ce que nous venons de voir dans le chapitre de la symptomatologie, nous sommes autorisé à dire que le diagnostic des calculs prostatiques ne peut être basé sur les symptômes fonctionnels ; nous savons, en effet, qu'ils peuvent manquer, et qu'ils n'ont rien de caractéristique quand ils existent. Les signes physiques seuls ont une réelle valeur et nous avons vu qu'ils s'obtiennent par le cathétérisme de l'urèthre et par le toucher rectal. Toutes les fois que ces deux moyens d'investigation révèlent des signes nets, le diagnostic de calcul s'impose. Le frottement calculeux obtenu par l'explorateur à boule et la crépitation perçue par le toucher rectal sont bien caractéristiques, nous semble t-il, des calculs prostatiques, et leur existence permet d'affirmer la présence de pierres dans la prostate.

Mais s'il devient évident dans les cas où l'on perçoit nettement la crépitation, s'il s'impose dans ceux où l'on obtient le frottement, ce diagnostic est un peu délicat quand les moyens d'exploration dont nous venons de parler n'ont pas donné de résultats. On peut alors confondre avec toutes les affections susceptibles d'amener une augmentation de volume de la prostate.

Le néoplasme avec induration portant sur un seul côté peut déterminer des signes fonctionnels semblables et

laisser le clinicien hésitant. La marche de la maladie viendra éclairer le diagnostic.

La tuberculose affecte parfois la forme de noyaux disséminés revêtant l'aspect de véritables pierres multiples et dures. L'état général du malade, l'examen des poumons et surtout des organes voisins de la prostate : vessie, vésicules séminales, épididyme, trancheront le diagnostic.

Dans les cas d'hypertrophie de la prostate et de prostatite chronique, on aura encore plus de difficultés.

Une fois la présence de calculs diagnostiquée, on essayera, en outre, de préciser autant que possible leur nombre, leur volume, le point vers lequel ils proéminent, leurs complications, et parmi ces complications les abcès surtout qui, en créant souvent des fistules, permettent d'arriver avec le stylet sur un calcul resté jusque-là ignoré.

Nous répèterons en terminant qu'un moyen excellent d'arriver à un diagnostic précis résidera dans l'emploi combiné de l'exploration uréthrale et du toucher rectal.

TRAITEMENT

Maintenant que nous connaissons bien la symptomatologie de ces calculs de la prostate et que nous savons en faire le diagnostic par le toucher rectal et le cathétérisme, nous allons voir quel est le traitement qui convient le mieux à cette sorte d'affection.

Toujours chirurgical, le traitement des calculs prostatiques varie suivant leur volume et surtout suivant leur mobilité. On a le choix entre : 1° le refoulement dans la vessie et le broiement avec le lithotriteur ; 2° la taille haute; 3° la taille périnéale Le premier ne convient qu'aux petits calculs qu'il ne faut pas songer à extraire par les voies naturelles, comme on le fait pour les calculs de l'urèthre antérieur en raison de la facilité qu'on a à les refouler dans la vessie et à les broyer ensuite. Le refoulement s'opère avec l'explorateur à boule, avec une sonde ou encore avec une injection poussée dans l'urèthre à canal ouvert.

Il n'en est plus de même pour ces gros calculs qui ont élu domicile dans la prostate et qui ne peuvent en aucune façon être refoulés dans la vessie ni extraits par la voie naturelle.

Pour ceux-là s'impose la nécessité de l'extraction par voie artificielle.

La taille sus-pubienne ne conduit qu'indirectement sur ces calculs ; il faudrait traverser le col et quand celui-ci

n'est pas élargi, l'extraction ne serait de cette façon ni simple ni facile.

Toutes ces difficultés se trouvent aplanies par la taille périnéale, le calcul vient se présenter de lui-même au périnée. Cette opération se présente ici comme la plus simple à tenter et c'est en présence de ces calculs prostatiques que réside certainement une des plus indiscutables de ses indications. Assurant mieux que les autres opérations l'accès de la cavité prostatique, l'extraction des calculs qui y sont contenus, elle reste, à notre avis, l'intervention idéale, celle que nous voyons décider dans la plupart des observations que nous avons recueillies et celle qui a été faite devant nous par M. le professeur Forgue chez le malade qui nous a intéressé.

Aussi, nous permettrons-nous d'y insister un peu et d'en donner une description assez complète.

L'opéré étant dans la position de la taille et les trois points de repère suivants : tubérosités ischiatiques et bulbe étant déterminés, il faut mener d'une tubérosité ischiatique à l'autre, en passant à deux petits travers de doigt devant l'anus, une incision convexe en avant. La graisse sous-cutanée incisée, le bistouri met bientôt à nu le noyau fibreux du périnée. Pour ce faire, on incise le transverse superficiel et on sépare prudemment le bulbo-caverneux, recouvrant la saillie du bulbe, de la pointe antérieure du sphincter externe ; l'artère transverse superficielle est sectionnée et pincée ; on mobilise le bulbe et on le refoule en avant ; ce temps de l'opération est prolongé lorsque le développement de cet organe est grand, on devra travailler patiemment et surtout avec les doigts.

Le bulbe étant maintenu écarté par une valve, on aperçoit bien le noyau central du périnée qui est, somme toute, sus-rétro-bulbaire ; on le sectionne transversalement en

maintenant bien l'anus en rétropulsion. Il y a durant ces diverses manœuvres deux dangers, auxquels on devra toujours songer : le bulbe et surtout le rectum.

Une fois le noyau fibreux incisé, la région bâille légèrement et le doigt, continuant à dégager, met vite à découvert la face postérieure de la prostate, cachée en certains cas par le petit muscle recto-uréthral qu'on devra alors sectionner. Il faut mettre largement à nu la prostate, ce qui est facile lorsqu'on l'a découverte ; il suffit en effet que les deux index, introduits côte à côte, écartent chacun en dehors. L'aspect de la région est alors le suivant : au fond la prostate bien visible, en avant le bulbe récliné avec les diverses formations musculaires périnéales, en arrière l'anus et le sphincter externe et plus profondément la paroi antérieure du rectum, latéralement les bords des muscles releveurs de l'anus.

On va maintenant extraire le ou les calculs ; on introduit dans l'urèthre, et si possible jusque dans la vessie, un conducteur cannelé ; on cherche la saillie de ce conducteur et on détermine autant que possible les rapports qu'elle présente avec le calcul, et si le calcul communique avec l'urèthre comme c'est la règle, on incisera largement ce canal sur la saillie du conducteur au niveau de la portion membraneuse en allant jusqu'au bec de la prostate ; parfois alors la pierre a suffisamment élargi l'urèthre prostatique pour qu'on puisse l'extraire ; parfois aussi on sera obligé d'élargir cette portion du canal, soit en la fendant à l'aide du lithotome, soit en augmentant son calibre à l'aide du dilatateur. On pourra ensuite prendre la ou les pierres avec une tenette : le doigt explorera ensuite la région où se trouvaient les calculs ; s'il en reste, l'index les dégage, guide les tenettes qui vont les cueillir et ensuite convertit en une seule loge les diffé-

rentes logettes qui peuvent exister ; on lave ensuite, à l'aide d'une sonde, la cavité ainsi créée. Il faut noter que dans certains cas l'adhérence du calcul à la glande est telle qu'il est nécessaire d'extirper avec le calcul une petite partie de la prostate.

Reste maintenant la question de la réparation de la plaie ; il ne faut pas faire de suture, mais on introduira dans la plaie périnéale une grosse sonde qui sera laissée une huitaine de jours en place et qui sera remplacée à ce moment par une sonde uréthrale.

La plaie sera bourrée de gaze iodoformée.

Telle est, nous semble-t-il, par les avantages qu'elle présente sur toutes les autres opérations, l'intervention qui sera indiquée dans la plupart des cas de calculs prostatiques et à laquelle devront avoir recours le plus souvent les chirurgiens dans le traitement de cette affection.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. Massabuau, chef de clinique.

Le 15 novembre 1906 est admis à l'Hôpital Suburbain, dans la salle Delpech, lit n° 4, le nommé C. L., âgé de 16 ans.

Il nous raconte que depuis très longtemps il perd continuellement ses urines, goutte à goutte, à tel point qu'il se voit obligé de porter un urinal ; depuis longtemps aussi il éprouve des douleurs continues, très vives, au niveau de la région périnéale, s'irradiant jusqu'au bout de la verge ; ses urines sont très troubles, mais il nous dit qu'il n'a jamais uriné du sang. En somme, l'incontinence d'urine et les douleurs sont les deux phénomènes qui dominent le tableau clinique et qui ont déterminé notre malade à entrer à l'hôpital. En présence de ces symptômes accusés par le malade, M. le professeur Forgue procède à l'examen du canal de l'urèthre. L'explorateur à bout olivaire introduit tout d'abord passe parfaitement ; mais il n'en est pas de même du cathéter métallique ; celui-ci est arrêté au niveau de l'urèthre prostatique et détermine chez le patient une douleur extrêmement vive. En même temps il est facile de percevoir

un frottement calculeux très net. M. Forgue pose le diagnostic de calcul de l'urèthre prostatique, qui est confirmé ensuite par le toucher rectal et décide une intervention.

Opération le 21 novembre. Le malade endormi est placé dans la position de la taille périnéale.

M. le professeur Forgue, opérant sans conducteur, après avoir déterminé les trois points de repère suivants : tubérosités, ischiatiques et bulbe, mène d'une tubérosité à l'autre, en passant à deux travers de doigt devant l'anus, une incision convexe en haut, ayant une étendue de six centimètres. C'est l'incision de la taille pré-rectale. Le bout postérieur ayant été recherché et trouvé, le canal de l'urèthre est ouvert et, à l'aide de longues pinces, M. Forgue peut extraire un calcul de 5 ou 6 centimètres de longueur. L'introduction de la sonde par le bout postérieur présentant des difficultés, une taille hypogastrique est pratiquée suivie du cathétérisme rétrograde. On place une sonde à demeure en gomme n° 16 de la filière Charrière et on procède au drainage de la vessie avec le tube de Périer. De très bonne heure ce tube est enlevé et au bout de 20 jours on enlève la sonde à demeure. A ce moment le malade pisse par la verge. (Notons que, quelques jours après l'ablation de la sonde, un calcul du volume d'un haricot est expulsé spontanément). La miction se régularise, mais les envies d'uriner sont fréquentes. Le malade ne perd pas ses urines quand il est couché, mais, dès qu'il se lève, l'incontinence se produit. Des béniqués passés jusqu'au n° 46 n'ont pas raison de cette incontinence. Et le malade sort de l'hôpital dans cet état le 20 février 1907. Actuellement, d'après les renseignements que notre malade a bien voulu nous donner par lettre, l'incontinence a disparu, les envies d'uriner, tout en étant encore fréquentes, le sont beaucoup moins qu'au-

trefois (2 fois dans la nuit et 5 à 6 fois dans la journée), la miction s'effectue normalement et sans douleur. Les urines restent toujours troubles.

Description du calcul. — Le calcul présente une forme ovalaire très allongée ; son grand diamètre mesure 6 centimètres et demi et sa circonférence 8. Au voisinage de la partie supérieure, on peut observer un étranglement marqué, surtout à la face inférieure et répondant au contraire à une saillie en forme de voûte sur la face supérieure. Cet étranglement divise le calcul en deux portions, une inférieure siégeant tout entière dans l'urèthre prostatique et se moulant absolument sur ses contours, une supérieure du volume d'une noisette environ qui représente la partie vésicale du calcul ; le sillon que nous avons signalé plus haut répond au point où le calcul était, pour ainsi dire, à cheval sur la saillie répondant à la partie inférieure du col vésical. La surface du calcul est lisse, recouverte d'une mince écorce de couleur blanchâtre et s'effritant très facilement, ce qui indique que sa constitution est phosphatique. Au-dessous de cette mince écorce, le calcul est extrêmement dur et d'une couleur jaune fauve caractéristique des pierres uratiques.

A la coupe, le calcul semble composé d'une partie centrale homogène et très dure, et d'une partie périphérique moins épaisse, formée de lamelles parallèles et disposées en rayons.

Observation II

Legueu (1)

Calculs de l'urèthre prostatique

Le nommé R..., 51 ans, se présente le 6 août à la clinique de Necker ; le début de l'affection qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital remonte à 3 ans.

A cette époque, le malade reçut un coup sur le périnée. Quelques semaines après, les besoins d'uriner devinrent plus fréquents En quelques jours cette fréquence devint excessive, le malade urinait toutes les demi-heures, le jour et la nuit, mais il ne souffrait pas encore et n'urinait pas de sang

Six mois après, parurent quelques hématuries, les dernières gouttes de la miction étaient constituées par du sang pur et la coloration des urines était proportionnelle aux mouvements du malade ; quand il était fatigué, les urines étaient beaucoup plus colorées.

C'est à peu près à la même époque que survinrent des douleurs caractérisées d'abord par une sensation de brûlure à la fin de la miction et des élancements au bout de la verge. Les urines étaient très chargées de dépôt, quelquefois elles contenaient du sable ; à plusieurs reprises, il urina même des caillots, mais à aucun moment il ne fut empêché d'uriner.

Jamais de blennorrhagie ; il ne se rappelle non plus jamais avoir eu de coliques néphrétiques. Lorsqu'il se

---

(1) *Ann. génit. urin.*, 1895, p. 769

présenta à Necker, voici ce que l'on constata : les urines sont troubles et laissent rapidement déposer dans le verre une couche épaisse de muco-pus. Un explorateur à boule traverse facilement l'urèthre antérieur qui est indemne de toute bride; la portion membraneuse est sensible, mais ce qui frappe tout de suite, c'est une sensation de frottement calculeux que donne l'explorateur à boule dès qu'il s'est engagé dans la portion membraneuse. Au même endroit d'ailleurs il y a un obstacle, la tige se plie et l'explorateur n'avance pas.

Le toucher rectal devait nous expliquer la nature de cet obstacle; le doigt introduit dans le rectum, constate en effet, que la prostate est saillante et arrondie, à limites bien établies. Mais sa consistance est absolument ferme, dure, et le doigt qui l'explore perçoit nettement à ce niveau une crépitation calcaire, comme le frottement des noix dans un sac. Il y a donc dans la prostate des calculs engagés et mobiles les uns sur les autres.

Urines purulentes.

Opération le 7 août 1895. Le malade endormi est placé dans la situation de la taille périnéale.

Par l'urètrhe, j'introduis sur conducteur un béniqué n° 20 qui arrive jusqu'à la portion membraneuse et s'arrête à ce niveau; il est maintenu par un aide dans cette situation.

Sur le milieu du périnée je mène une incision verticale qui commence à quatre travers de doigt en arrière du scrotum et s'arrête à trois centimètres de l'anus. Sur la terminaison de cette première incision, une autre est conduite transversalement, ayant une étendue de 6 centimètres. C'est l'incision de la taille pré-rectale.

A l'aide du bistouri et des ciseaux, je me fais un chemin sur le trajet de cette incision en arrière du bulbe et

de la portion membraneuse. Mon doigt introduit dans le rectum guide les manœuvres en protégeant les parois rectales. Lorsque la plaie me paraît suffisamment profonde, je fends l'urèthre sur la saillie du béniqué en arrière du bulbe. Je sens de suite au fond de la plaie l'extrémité antérieure des calculs qui montrent leur surface irrégulière.

Je me rends compte que l'incision pratiquée sur l'urèthre est suffisamment longue pour être dilatable jusqu'à laisser passer les calculs. Il n'y a pas d'ailleurs à chercher à introduire un dilatateur puisque rien ne peut entrer dans la vessie. Avec une tenette je saisis l'extrémité du calcul qui se présente, c'est une pierre d'au moins 3 centim. de long sur une largeur de 1 centim. 1/2. L'extraction se fait facilement avec prudence et douceur en accouchant comme au forceps et en faisant glisser sur la saillie du calcul les parois uréthrales tendues.

Après ce premier calcul, il en vient un deuxième aussi gros, puis un troisième de même volume. Ils forment ensemble un volume de la grosseur du poing environ.

Je débarrasse ensuite par un lavage la plaie des débris calcaires qu'elle contient, et mettant mon doigt dans la plaie uréthrale, j'arrive dans la vessie sans que je sente la saillie normale du col. On peut dire que le fond de la vessie se continue par un plan régulier avec la première partie de l'urèthre de manière à présenter la forme d'un entonnoir dont le sommet est à la portion membraneuse. Une sonde à béquille introduite par le méat est guidée sur le doigt jusqu'à la vessie ; la plaie périnéale est en avant rétrécie par quelques points de suture, et le reste est bourré à la gaze salolée.

Les suites opératoires furent très simples ; dès le premier jour les urines passèrent presque en totalité par la

sonde, l'écoulement ne se faisait par la plaie périnéale qu'au moment des lavages. Le malade conserve encore la sonde ; la gaze fut retirée définitivement au dixième jour et depuis lors il ne reste plus qu'une petite fistule qui ne tardera pas à se fermer.

Observation III

Souligoux (1).

Calculs de l'urèthre prostatique

Un homme de 30 ans entre pour des troubles urinaires graves remontant à deux ans. Il souffrait depuis deux ans, d'une façon à peu près continue, de douleurs à l'hypogastre, au périnée, aux testicules, douleurs augmentant à chaque effort de miction qui se renouvelait très fréquemment. L'urine s'écoulait goutte à goutte, d'une façon presque continue, rouge et laissant un dépôt rougeâtre. Jamais il n'a eu d'hématurie abondante ; en revanche les cahots de la voiture augmentaient ses douleurs.

Il aurait été soigné, dit-il, pour la pierre, à l'âge de 5 ans ; mais il aurait peu souffert, sauf depuis deux ans.

Un explorateur à boule fit constater un frottement dur et rugueux dans la région prostatique. Une sonde métallique pouvait passer entre le canal et la pierre et pénétrer dans la vessie. C'est ce que faisait constater le toucher rectal qui trouvait en même temps un corps dur paraissant arrondi, au niveau de la prostate.

M. Souligoux décida de l'enlever par la taille périnéale ou plutôt par la boutonnière périnéale.

(1) Souligoux, *Bull. Soc. de Chirurgie*, 1898, p. 101.

Il arriva, grâce à son incision, rapidement sur le calcul qu'il pensait extraire sans peine, car il pouvait le saisir facilement. Il fut obligé de renouveler souvent ses tentatives, n'aboutissant qu'à en détacher des fragments. Enfin il put arriver à l'extraire complètement ou du moins il le crut. En effet, explorant la région prostatique, il sentit un orifice arrondi très peu extensible où il mit le doigt et il sentit un nouveau calcul qui lui parut aussi volumineux que le précédent et intimement adhérent à la vessie.

Après de vaines tentatives pour l'extraire, n'osant se servir du lithotriteur pour le broyer, il eut recours à la taille hypogastrique qui lui permit de l'extraire facilement.

Sonde à demeure, puis suture de la vessie et de l'urèthre. La plaie de la paroi abdominale pas plus que celle du périnée ne furent complètement fermées : elles furent drainées.

Les suites opératoires furent traversées par un accident qui faillit être sérieux : une hémorragie secondaire au dixième jour qui nécessita la désunion des plaies abdominales et périnéales pour aller à la recherche du point saignant qui se trouvait profondément situé dans le périnée.

Le malade est sorti de l'hôpital complètement guéri, le 30 octobre. Le calcul pèse 50 gram. : il est constitué par deux masses, l'une ayant 3 centim. de diamètre, c'est la masse prostatique, l'autre 1 centim., c'est la masse vésicale, reliée par une portion rétrécie qui correspondait au col vésical. Il est formé en grande partie de phosphate avec du carbonate de chaux.

Observation IV

Dumoulin et Durand (1)

Calcul de l'urèthre prostatique

Voici un calcul prostatique rendu spontanément par un vieillard de 75 ans atteint d'une hypertrophie considérable de la prostate. Appelé auprès de ce malade à la fin du mois de mai dernier pour une rétention complète aiguë, je pénétrai assez facilement dans la vessie à l'aide d'une sonde à béquille en caoutchouc durci. Je n'eus qu'une sensation vague d'un frottement pierreux, mais une exploration faite auparavant par le docteur Durand lui avait permis de percevoir nettement la sensation tactile d'un calcul situé profondément dans l'urèthre.

Quinze jours après ma visite, suivie du port d'une sonde à demeure pendant huit jours, les accidents de rétention qui avaient cessé, se reproduisirent, cédèrent à un nouveau cathétérisme et le malade, la sonde enlevée, rendit le calcul que je vous présente.

Il a le volume d'un gros pois, est rond, couvert d'aspérités, présente un noyau brunâtre et des couches concentriques d'une teinte plus claire, d'aspect gris sale.

---

(1) Dumoulin et Durand, *Bull. Soc. anat.*, juillet 1898

Observation V

Tarnaud (2)

P... Ch., 75 ans, n° 22, salle Velpeau, entré le 30 mai 1893. Deux hémorragies à 18 et 26 ans. Premiers symptômes de rétrécissement à 50 ans; le malade n'a jamais été dilaté que d'une façon intermittente La première manifestation du côté du périnée semble remonter à sept ans. A cette date premier abcès urineux ouvert par un médecin et resté fistuleux. Dans les deux années qui suivent nouvelles collections et nouvelles fistules, si bien que le docteur Damalix pratique une opération sur le périnée et le malade guérit presque complètement Mais 7 à 8 mois plus tard, le périnée s'ouvre encore largement et c'est dans un très mauvais état que le malade entre à l'hôpital. Son état général est des plus défectueux, les urines contiennent une quantité de pus égale au tiers de leur volume total. L'examen du canal montre qu'il existe quelques anneaux sur la portion inférieure de la paroi pénienne, mais il est impossible de franchir la portion scrotale. Le périnée est labouré de cicatrices et déformé par des fistules et des productions fibreuses qui enserrent le scrotum à deux travers de doigt ; en avant de l'anus se trouve un orifice fistuleux qui permet à une sonde fine d'arriver dans la vessie où l'on constate la présence d'un calcul.

Le 8 juillet, résection de l'urèthre par M. Noguès, excision et grattage de tous les trajets fistuleux.

---

(2) Thèse de Tarnaud, Paris, 1901, p. 114.

Etat général assez bon pendant les cinq premiers jours. Puis aggravation subite et mort le 16 juillet 1893.

Autopsie du 17 juillet 1893 (Baudron) :

Dilatation considérable de la région prostatique, qui contient plusieurs volumineux calculs phosphatiques.

Gros calcul phosphatique de la vessie.

Cystite chronique ancienne avec épaississement des parois.

Observation VI

Tarnaud (1)

Calcul de l'urèthre prostatique

C..., 42 ans, a présenté depuis très longtemps des phénomènes de gravelle. Les urines contiennent souvent du sable. Il a eu plusieurs coliques néphrétiques et a expulsé déjà de petits graviers par l'urèthre. Il se présente se plaignant de difficulté dans les mictions. A l'examen, le docteur Janet constate la présence d'un petit calcul logé dans l'urèthre au niveau de la prostate. La boule exploratrice ayant donné une sensation de frottement, il pratique l'endoscopie uréthrale et le diagnostic est confirmé.

Le calcul, de petit volume, semble vouloir s'engager dans la lumière de l'uréthroscope. En présence de ce fait, le docteur Janet fait faire à M. Gentil un petit crochet spécial destiné à contourner le calcul, à passer derrière lui et à le ramener au dehors, à pratiquer, en somme, l'extraction endoscopique. Rendez-vous est pris avec le malade, mais au moment de procéder à l'opération, l'examen fait voir que le calcul est retombé dans la vessie. En

(1) Thèse de Tarnaud, Paris, 1901, p. 115.

présence de ce fait, l'opération est ajournée pour faire la lithotritie. Le jour de l'opération le calcul avait réintégré sa loge uréthrale, mais en faisant les premières manœuvres il fut repoussé dans la vessie. La lithotritie fut faite immédiatement sous chloroforme ; les suites furent normales. Guérison.

Observation VII

Tarnaud (1)

Calcul de l'urèthre prostatique

P..., âgé de 65 ans, se plaint de troubles dans les mictions.

Antécédents. — A 18 ans, blennorrhagie, soignée par les balsamiques.

A 25 ans, les mictions deviennent difficiles. Le jet d'urine est déformé, en tire-bouchon. A la suite d'un examen on constate la présence d'un rétrécissement par lequel on le dilate progressivement. Cette dilatation menée assez loin est continuée par le malade lui même qui entretient un canal en passant des sondes bougies n° 17.

Jamais de coliques néphrétiques ni d'expulsion spontanée de petits graviers.

Les troubles dont se plaint actuellement le malade ne se sont établis que progressivement, et jusqu'à ces dernières années on ne peut relever que les symptômes suivants :

Par moments, des douleurs au niveau des reins assez violentes mais passagères. De plus, un état de priapisme

(1) Thèse de Tarnaud, Paris, 1901, p. 116.

assez accentué semble exister depuis déjà de nombreuses années. Sans être continuelles, les érections étaient très fréquentes. L'éjaculation n'était pas douloureuse.

En 1895, au moment de l'examen par le docteur Duchastelet, les urines sont très troubles, les mictions pénibles, douloureuses, très fréquentes Sensation de pesanteur très accentuée au niveau du périnée, urines troubles.

Urèthre. Sensation rude et râpeuse surtout au niveau de la portion prostatique, mais dès que la bougie exploratrice arrive dans la portion membraneuse, elle prend déjà contact avec un calcul.

L'urèthre prostatique est transformé en une poche calculeuse contenant de nombreux calculs.

Opération. — Lithotritie sur place suivie de lavages de la poche calculeuse. Suites normales.

Le malade, revu en avril, semble présenter à nouveau quelques signes de calculs.

Observation VIII

Levison, *Boston medical and surgical Journal*, 5 décembre 1901, résumée dans les *Annales génito-urinaires* de 1902, page 120. Taille périnéale. Guérison.

Homme de 35 ans, ayant depuis 7 ans une cystite blennorrhagique. Il se plaint de douleurs périnéales vives, ténesme, mictions fréquentes, etc. Les urines sont purulentes avec celulles épithéliales. Pas de sang, ni de bacilles tuberculeux ; les urines rénales sont claires.

Le toucher montre une prostate grosse à lobes indurés ; le médian, lisse, donne l'impression d'une pierre enfermée dans le tissu de la glande. La pression est moins sensi-

ble que normalement et donne lieu à très peu de sécrétion.

Le calcul est enlevé par une incision périnéale, il est gros comme une noisette, infiltré dans le tissu glandulaire dont une partie est excisée. Guérison sans incident.

Observation IX

Delaunay (1)

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans que M. Segond a opéré à Necker le 3 octobre 1890 pendant une suppléance de M. le professeur Guyon.

M. V. âgé de 18 ans, entré le 27 septembre, salle Velpeau, lit n° 4.

Passé clinique. — Depuis l'âge de trois ans, troubles vésicaux mal définis, intermittents, variables en intensité et constitués surtout par une sensation permanente de pesanteur périnéale, par la nécessité habituelle d'un effort anormal pour amorcer la miction, par la fréquence des besoins d'uriner aussi bien la nuit que le jour, et parfois par des cuissons assez vives à la fin des mictions. Il n'y a jamais eu d'hématurie. Une circoncision pratiquée à 11 ans pour faire disparaître les troubles précédents n'a, bien entendu, donné aucune amélioration.

Etat du malade à son entrée à l'hôpital. Tous les symptômes précédemment énumérés se sont aggravés ; le besoin d'uriner est, pour ainsi dire, incessant ; les mictions sont très douloureuses ; l'urine est trouble, épaisse et très ammoniacale ; la vessie se vide mal ; depuis

(1) Thèse de Delaunay, Paris, 1904, p. 55.

quinze jours il a du sang dans les urines. L'examen uréthral indique la présence d'une pierre prostatique et le toucher rectal la montre volumineuse et très solidement fixée dans le tissu prostatique ; l'indication d'une taille n'est pas discutable.

Opération. — Un cathéter étant passé dans l'urèthre, l'index gauche, introduit dans le rectum, fixe ou pour mieux dire accroche la prostate et, par l'incision de la taille pré-rectale de Nélaton, on arrive droit sur la pierre dont l'extraction se fait ensuite sans difficulté. Cette pierre volumineuse est de forme ovoïde, mesure 1 centimètres sur 6 et pèse 58 gr. La loge qui la contenait se laisse facilement explorer par le toucher ; elle présente cette particularité, très démonstrative au point de vue siège du calcul, qu'à sa partie supérieure on voit et on touche un col vésical intact ; le petit doigt le franchit facilement et peut ainsi constater qu'il n'existe pas d'autre pierre dans la vessie.

Pansement et suites opératoires. - Plaie bourrée à la gaze et sonde à demeure. Les suites opératoires sont des plus simples : le thermomètre est monté à 38° et 38°5 le soir et le lendemain de l'opération, mais dès le surlendemain la température est normale ; la plaie périnéale se comble peu à peu et la guérison est obtenue.

Observation X

Delaunay (1)

Le malade a été opéré à Necker par M. Segond, en 1890, durant la même semaine que celui de l'observation précédente.

Il s'agit d'un enfant de 10 ans dont l'histoire clinique est la même que la précédente : pesanteur périnéale, douleur et fréquence des mictions, pas d'hématurie. La pierre est sentie et par l'exploration uréthrale et par le toucher rectal ; elle est grosse, non refoulable dans la vessie.

Taille pré-rectale. Dans ce cas encore, le doigt reconnaît la loge prostatique et le col vésical.

Même simplicité des suites opératoires.

Observation XI

Durrieux (2)

Calcul de l'urèthre prostatique chez un enfant kabyle

Il s'agit d'un enfant kabyle de 11 ans, souffrant depuis plusieurs mois de difficultés de miction ; les envies d'uriner sont fréquentes, l'urine coule goutte à goutte. Pas d'hématurie.

L'exploration montre un calcul solidement enclavé dans l'urèthre ; le toucher rectal prouve qu'il dépasse large-

(1) Thèse de Delaunay, Paris, 1904, p. 57.

(2) Durrieux, *Ann. gén.-urin.*, avril 1904.

ment le col de la vessie et qu'une partie est donc intravésicale, ce qui est confirmé par la radiographie.

Le docteur Curtillet fait une boutonnière périnéale, mais ne pouvant désenclaver facilement le caillou pour l'extraire, il le repousse dans la vessie et l'enlève par taille hypogastrique.

Observation XII

Cathelin et Villaret (1)

B... I., âgé de 61 ans, employé de bureau, est envoyé à l'un de nous, le 22 novembre 1903, par M. le docteur Cahier, professeur agrégé au Val-de-Grâce, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Versailles. Le diagnostic porté était rétrécissement et nous ne pûmes franchir nous-mêmes l'obstacle uréthral malgré les artifices ordinaires employés. Le malade étant en rétention, souffrant et paraissant avoir un mauvais état général, nous lui conseillons d'entrer à l'hôpital Necker où il se présente le 24 novembre, salle de la Terrasse ; l'urine coulait alors goutte à goutte par regorgement et on lui mit, non sans peine, une filiforme à demeure avant de signer le bulletin d'admission. L'externe chargé de recueillir l'observation nous remit alors la notre suivante :

Antécédents héréditaires. — Bons.

Antécédents personnels. — Rougeole à 16 ans. Forte scarlatine à 12 ans.

Le malade a été aux colonies mais sans y faire de longs séjours, n'en rapporte que l'habitude de boire de l'ab-

(1) Cathelin et Villaret, *Ann. gén.-urin.*, avril 1904.

sinthe, habitude qu'il a conservée jusqu'à 49 ans et qu'il a cessé parce que tout alcool lui brûlait l'estomac d'une façon intolérable.

A 20 ans, il contracte sa première blennorrhagie qui a duré deux mois à l'état aigu, il en garde une goutte jusqu'à 26 ans, puis, entre temps, réchauffe cette première chaudepisse quatre ou cinq fois en la compliquant d'orchite double.

A cette époque il contracte la syphilis.

Sept ou huit ans après, étant dans l'armée, il va au Val-de-Grâce où on l'opère d'un phimosis.

A quelque temps de là, des douleurs sourdes et lancinantes apparaissènt dans la région des reins, le malade maigrit, la jambe se met très légèrement en flexion sur la cuisse qui faiblit, les muscles s'atrophient ; de nouveau il rentre au Val-de-Grâce où on porte le diagnostic de myélite chronique. Après plusieurs mois de repos complet, le malade commence à se lever, marche d'abord avec des béquilles puis avec une canne pendant deux ans. Durant son séjour au lit, il avait du reste présenté de l'incontinence rectale et vésicale qui ne s'était améliorée que par le traitement ioduré à haute dose.

De 30 à 48 ans sa santé a été relativement bonne, tant au point de vue général qu'urinaire. Vers 48 ans il commence à éprouver de la gêne en urinant, avec douleur à la miction localisée au périnée ; la marche était possible, mais l'exercice à cheval douloureux.

Il y a 2 ans 1/2 environ, à la suite d'une course à cheval, il urine le sang avec sensation de piqûres multiples d'épingles au niveau de la prostate. Après une dizaine de mictions sanglantes, les phénomènes s'amendent, mais il éprouve de plus en plus de peine à uriner. Depuis 1 an à 18 mois cette difficulté augmente ; les urines deviennent

troubles et sentent mauvais. Quand le malade urine debout, les premières gouttes sont émises normalement, puis la miction se fait par jets interrompus. Au contraire, au lit, ces intermittences sont retardées à la fin de la miction. Puis l'état général faiblit, l'appétit disparaît presque complètement, le malade a le dégoût de certains mets. Des douleurs lancinantes surviennent dans les tibias, il y a des douleurs en ceinture, une sensation de brûlure à l'épigastre. J'ai le feu dans le ventre, dit-il, et le hoquet fait son apparition.

Du côté des voies urinaires on constate actuellement un rétrécissement dans l'urèthre postérieur ayant nécessité le port d'une filiforme pendant les premiers jours d'hôpital et qui laissa passer plus tard une sonde bougie n° 5 le 27 novembre, puis une autre n° 11 le 30, une sonde béquille n° 15 le 12 décembre.

Cette sonde donne dans la profondeur un frottement extrêmement facile à sentir sans qu'on puisse préciser exactement le siège de la pierre. Le toucher rectal est très pénible et montre une prostate peu volumineuse mais sensible.

On ne sent pas les reins.

Depuis le 30 novembre le malade garde la sonde à demeure, ce qui permet d'obtenir un bon drainage de la vessie et une apyrexie complète. Sortie de la vessie le 3 décembre, on ne peut la remettre que sur mandrin, et la cystite est quotidiennement traitée par instillation de nitrate d'argent à 2 p. 100. La capacité vésicale est de 30 grammes depuis l'entrée. La sonde est changée tous les cinq ou six jours, toujours remise sur mandrin, sauf le 12 décembre où il est impossible d'entrer. M. Guyon explore de nouveau le malade le 15 décembre et décide la taille sus-pubienne pour le lendemain. Mais les forces du malade

tombent, il périclite de plus en plus et meurt subitement le 17 décembre, à huit heures du soir, avec une température de 37°

Autopsie, 18 décembre.

Urèthre. — Sphacèle étendu au niveau de la région membraneuse.

Prostate. — Légèrement augmentée de volume. Elle contient plusieurs calculs dont deux plus gros, un dans le lobe droit et un dans le lobe gauche. Le premier présente un prolongement qui a perforé la paroi vésicale et se relie avec un énorme calcul de la vessie. L'autre est indépendant mais présente également à son niveau une perforation de la paroi vésicale, et il semble aussi avoir été relié autrefois au gros calcul de la vessie.

Vessie. — Parois très épaisses. Muqueuse congestionnée. Nombreux graviers. Au niveau du trigone, calcul de la grosseur d'une noix en forme de poire à grosse extrémité en haut et dont la pointe émoussée n'arrive pas tout à fait au niveau du col.

Uretères et bassinets. — Ils sont très dilatés, plissés et coudés avec des valvules et à contenu clair.

Reins. — De grosseur supérieure à la normale ; ils présentent une grande dilatation de tous les calices à contenu clair. Les substances corticales sont extrêmement réduites. Il y a, suivant le mot de Guyon, « un état rénal en équilibre instable ».

Observation XIII

Haenens (1)

Calculs urétéraux enclavés dans l'urèthre prostatique

Le 6 mars 1905 je fus appelé chez un de mes anciens clients; celui-ci, grand, fort et vigoureux, portant allègrement ses 58 ans et ses 112 kilogr., avait eu, six ans passés, recours à mes soins pour une blennorrhagie aiguë compliquée de prostatite et d'épididymite. Je lui connais aussi une syphilis vieille de trente ans et quelque peu rebelle à la médication spécifique. Lorsque je me trouvai en présence de mon client il était en proie à une vive agitation. « Docteur, me dit-il, voyez, je ne sais plus uriner. » Et joignant le geste à la parole, il m'exhiba une verge à demi turgescente dont le méat laissait péniblement baver au dehors quelques gouttes d'urine teintée de sang. La rétention d'urine avait été brusque, la miction précédente avait débuté convenablement. Mais tout à coup le jet s'était tari en même temps que se manifestaient singulièrement tous les efforts mictionnels.

Avant mon arrivée, le malade avait pris un bain de siège qui avait un peu soulagé la douleur, sans cependant modifier la miction.

Le malade ne se souvenait pas avoir eu de coliques néphrétiques, ni de douleurs vésicales ; il n'avait jamais accusé de douleurs à la suite d'une course en voiture ou en chemin de fer, non plus à la suite d'un choc brusque ;

(1) Docteur Haenens, *Ann. génit -urin.*, mars 1907, p. 285.

les mictions n'étaient pas plus fréquentes que normalement et, malgré son âge et sa prostate volumineuse, notre homme ne devait jamais se lever pour uriner. Les urines étaient, disait il, limpides.

J'explorai l'urèthre au moyen d'un explorateur à boule de Guyon ; celui-ci franchit l'urèthre membraneux, mais brusquement il s'arrêta dans l'urèthre prostatique L'instrument donnait la sensation d'un corps dur et résistant. Dès lors le diagnostic s'imposait : rétention partielle d'urine par corps étranger enclavé dans l'urèthre prostatique.

Il me fallait maintenant essayer de dégager l'obstacle. A cet effet je pris une sonde de Gély (n° 22 de la filière Charrière), en gomme, et bien prudemment, en suivant la paroi supérieure de l'urèthre, je sentis le bec de la sonde franchir le sphincter membraneux et aussitôt buter contre l'objet du délit. Je tendis bien la verge sur la sonde et, grâce à un effort très léger, le cathéter pénétra brusquement dans la vessie, l'obstacle à la miction était levé et un flot s'écoula du pavillon de la sonde.

Notre homme était soulagé; je lui fis prendre quelques grammes de salol et lui donnai rendez-vous pour le surlendemain aux fins d'explorer la vessie à l'aide du cystoscope.

Au jour convenu mon malade, tout à la joie, m'exhiba triomphalement le calcul. Cette pierre, il l'avait pissée sans le moindre effort une heure avant de se rendre chez moi. D'examen endoscopique il n'en fut plus question, — ce calcul ne présentait pas de surface de fracture, toutes ses faces étant polies — de plus les urines étaient limpides; toute manœuvre vésicale fut jugée inutile par le patient.

Le 8 octobre de la même année, je revis mon malade qui se plaignait de chatouillement dans la verge au niveau

de la fossette naviculaire et de suintement muqueux au niveau du méat. Le microscope révèle dans cette sécrétion la présence de petits bâtonnets et de coccus. J'interroge mon patient qui est veuf depuis environ un an, au sujet de ses rapports sexuels, et il me raconte que la veille au soir il avait brillamment sacrifié à Vénus en compagnie d'une petite femme qu'il voit assez régulièrement depuis plus de cinq ans. Elle revenait de voyage. Après trois semaines d'absence, ils avaient voulu, nos amoureux, saluer le retour par une série de crampes en l'honneur d'Eros. Mais vers le matin, au troisième feu de salve, notre artilleur avait ressenti subitement dans la région anale une douleur tellement cuisante que sa décharge fit long feu. «Cependant, me dit-il, je fis encore bonne figure et rentrant chez moi je pris un bain chaud qui me soulagea beaucoup. »

Le suintement et la cuisson uréthrale que le malade ressent au moment de sa visite ne l'inquiètent pas trop, mais il lui semble qu'il n'urine pas aussi bien. Le jet d'urine est cependant encore volumineux, le toucher prostatique ne révèle rien de saillant. On pouvait légitimement attribuer cette gêne légère de la miction aux prouesses amoureuses de mon client. Je prescris du salol à l'intérieur et des bains de siège tièdes.

Les phénomènes s'amendent progressivement. Dans la nuit du 8 au 7, je suis appelé d'urgence près de mon malade qui depuis plusieurs heures est pris des mêmes phénomènes de rétention que ceux dont j'ai été témoin au mois de mars Un point cependant diffère, c'est que je ne parviens pas à désenclaver le calcul — car c'en était un — qui se trouve logé comme l'autre dans l'urèthre prostatique.

Le patient est anxieux parce que, malgré plusieurs

bains de siège pris dans la soirée et l'ingurgitation de boissons abondantes, il ne parvient pas à se soulager. Malgré de persévérants et douloureux efforts, pas une goutte d'urine ne passe.

Quoi qu'il arrive, il refuse, me dit-il, toute intervention sanglante. J'avoue que la vérole persistante et récalcitrante de mon malade diminuait de beaucoup mon enthousiasme pour une intervention opératoire. En présence de l'impossibité de refouler le calcul ou de l'extraire par les voies naturelles, il ne restait qu'à tenter d'augmenter la lumière du canal au moyen d'une bougie filiforme mise à demeure. C'est ce que je fis. Après une demi-heure de vaines tentatives, je parvins à introduire jusque dans la vessie une bougie filiforme qui emprunta sans doute pour pénétrer dans ce réservoir un petit espace compris entre les parois de l'urèthre et le calcul. La bougie filiforme fixée autour du gland, je recommandai le repos au lit. Petit à petit l'urine se mit à s'égoutter le long de la bougie.

Dans la matinée du 9, le malade est tout à coup pris d'une folle envie d'uriner, il se lève brusquement, la bougie filiforme est projetée du canal suivie du calcul (n° 2) et d'une décharge d'urine intense. Le malade était soulagé, les suites furent banales et tout rentra dans l'ordre.

Interrogé sur le point de savoir si mon patient n'avait pas eu de colique néphrétique, il me raconta que vers la mi-septembre, pendant une villégiature qu'il faisait dans les Ardennes, il avait ressenti, à la suite d'une promenade un peu longue et plus ou moins accidentée, une vive douleur dans le flanc gauche. Cette douleur dura environ 30 heures, elle s'irradia en bas jusque vers l'hypogastre et même dans les bourses ; elle avait cédé à des applications locales de sable chaud avec repos au lit. Les deux

calculs sont constitués par des urates, ce sont des calculs primaires ou primitifs.

Leur forme allongée en noyau de datte est le propre des calculs engendrés dans le bassinet ou dans l'uretère. La pierre expulsée en mars (n° 1) mesure 15 mm. de longueur, 8 de largeur et 8 d'épaisseur ; le calcul expulsé en octobre (n° 2) mesure 2 cm. de longueur, 8 de largeur et 5 mm. d'épaisseur.

Observation XIV

(Inédite)

Due à l'obligance de M. Massabuau, chef de clinique.

A. B., qui occupe le lit n° 20 de la salle Delpech, est un homme de 52 ans.

Il accuse une blennorrhagie à 18 ans, qui a été mal soignée, puisque pendant 9 mois il a eu une goutte militaire persistante. Il y a huit ans, il entra une première fois à l'hôpital avec des phénomènes de cystite et en même temps des symptômes de rétrécissement de l'urèthre. On lui fait de la dilatation et le malade sort guéri.

Il y a trois ans, il est admis à l'Hôpital Suburbain, dans le service de M. le professeur Forgue avec des phénomènes d'infiltration d'urine. Cet accident serait apparu brusquement au dire du malade et dans les circonstances suivantes. Ne pouvant uriner depuis quelques heures, il essaye de se sonder lui-même sans succès ; et quelques heures après apparaît une infiltration périnéale qui s'étend rapidement dans la région des bourses et jusqu'au niveau de la région pubienne.

M. le professeur Forgue pratique l'incision du phleg-

mon urineux et fait une uréthrotomie externe; une sonde à demeure est gardée par le malade pendant 50 jours. Au bout de ce temps, la fistule périnéale est complètement fermée, la sonde est enlevée et des béniqués sont passés jusqu'au n° 45. Le malade sort à ce moment urinant bien, ne souffrant pas pendant les mictions, et le jet d'urine ayant repris une force et un calibre suffisants. Toutefois les envies fréquentes d'uriner persistent et les urines restent très troubles.

Pendant 2 ans, notre malade reste dans cet état assez satisfaisant, mais il se fait passer des béniqués de temps en temps.

Deux ans après cette opération, au mois de mai 1906, le malade ayant envie d'uriner, fait des efforts qui déterminent des douleurs très vives s'irradiant dans la verge et le gland, sans pouvoir arriver à émettre une goutte d'urine. Peu à peu cependant la miction s'effectue, mais avec une difficulté extrême, goutte à goutte. Il n'y a pas d'hématurie. Le lendemain, pris d'une envie d'uriner plus intense que la veille, le malade expulse un calcul gros comme un poids et urine ensuite très abondamment. Ceci le pousse à rentrer de nouveau à l'hôpital, toujours dans le service de M. le professeur Forgue.

Les troubles de la miction reparaissent et s'accentuent ; les envies d'uriner deviennent de plus en plus fréquentes et s'accompagnent de douleurs ; les urines sont troubles. Il fait un séjour de 15 jours à l'hôpital sans expulser d'autre calcul. On remarque, en outre, que le jet d'urine est devenu plus faible et que son calibre se rétrécit de plus en plus. M. le professeur Forgue lui passe une série de béniqués et le malade sort 20 jours après considérablement amélioré.

Mais, deux mois après, nouvelle réapparition des phénomènes douloureux qui augmentent d'intensité ; les mictions fréquentes sont précédées et suivies de douleurs très vives qui persistent pendant que ces mictions s'opèrent ; le jet d'urine se trouve considérablement réduit dans son calibre et présente la forme en vrille. Les urines sont très troubles ; l'état général périclite ; on note des troubles digestifs. Malgré ça, le malade se soigne chez lui et se remonte un peu. Mais au mois d'octobre 1906, étant pris de fausse incontinence d'urine, ce qui l'oblige à porter un urinal, nous le retrouvons à l'hôpital en janvier 1907.

L'exploration de la vessie avec l'explorateur métallique est pratiquée par M. le professeur agrégé Jeanbrau et fait percevoir nettement la présence d'un calcul dans le bas-fond vésical. Cette exploration est suivie de l'expulsion brusque de quelques menus graviers et d'une légère hématurie qui cesse rapidement. Le calibre de l'urèthre est largement suffisant pour laisser passer facilement une sonde de Nélaton et le n° 52 béniqué. Quelques lavages de la vessie ne faisant nullement cesser les phénomènes douloureux et le malade continuant à perdre ses urines, le 11 février 1907 M. le professeur Forgue fait une taille hypogastrique. Il trouve au niveau du col vésical un calcul allongé du volume d'une bille d'enfant, long de 6 à 7 cm. mou et friable, d'apparence phosphatique ; devant l'impossibilité de l'extraire en totalité, M. le professeur Forgue le morcelle et en retire les fragments avec une longue pince introduite dans le col vésical.

Un drainage de la vessie est opéré au moyen du tube drain de Périer, que le malade garde 25 jours. Le 10 mars 1907, le drain vésical est remplacé par une sonde à

demeure qui n'est enlevée qu'après fermeture complète de la fistule hypogastrique.

Actuellement, les troubles vésico-uréthraux ont considérablement diminué ; le malade urine spontanément et sans douleur. Il sort guéri le 26 mai 1907.

CONCLUSIONS

1° La plupart des calculs contenus dans la prostate, sont des calculs migrateurs venus du rein ou de la vessie, et arrêtés dans cette glande où ils peuvent se développer et donner lieu à des troubles fonctionnels assez sérieux.

Les calculs nés dans la prostate elle-même et formés aux dépens de la glande, que l'on trouve signalés dans les classifications des calculs prostatiques, ne présentent aucun intérêt clinique, et d'ailleurs leur existence est bien incertaine ;

2° Cliniquement, les calculs prostatiques se traduisent par des signes fonctionnels dont l'importance diagnostique est minime, et par des signes physiques qui pourront être pathognomoniques si l'on perçoit soit le frottement calculaire à l'exploration de l'urèthre, soit la crépitation au toucher rectal ;

3° En l'absence de ces symptômes, le diagnostic sera difficile, et on devra se défier de confondre avec d'autres lésions de la glande prostatique ;

4° Le traitement est uniquement chirurgical et l'intervention qu'on devra faire dans l'immense majorité des cas aura lieu par la voie périnéale. On abordera la prostate par l'incision pré-rectale, comme on le fait dans la prostatectomie.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ADDY. — Multiple calculi in both Kidneys (Maritime M. News Halifax 1903, XV, p. 374, 376).

ALBARRAN. — Traité de Chirurgie Le Dentu et Delbet, t. IX, p. 575 et 629.

ANDRY. — Cystotomie sus-pub et prostatectomie périnéale. (Arch. médic. de Toulouse, 1904, X, p. 64, 66).

BALE. — Medic. Press a Circ., London 1905, LXXIX, 371, 375.

BARKER. — Med. Brief, St-Louis 1905, XXXIII, 574 579.

BASTOS. – Prostatectomia supra pubica (Med. contemp. Lisbonne, 1905, VII, 59).

BERG et GUYON. — Die Technik der Lithotritie (Wiesb., Bergman, 1903).

BERRY. — Med. Press a Circ., London, 1905, LXXIX, 240.

BÉCLÈRE. — Le radio-diagnostic des calculs urinaires. (Ztsch f. Elektro, Berlin u. Leipsig, 1903, V, 279-299.)

BODTKER. — Two cases of prostatectomie perineales. (Norshk. Mag. Laegvidensk Kristiania, 1905, 5 R, III, 206-212.

CALL. — Nuevo aspirador per la pratica de la lithotriticia. (Rev. esp. med. La oto-rino-laryng. espan. Madrid 1903, IV, 28-32).

CINTRA. — Frequencia do calculo vesical na infancia. (Rev. med. de S. Paulo, 1904, VII, 421-423.)

DELAUNAY. - Thèse de Paris, 1904.

DELBET. — Calcul récidivé après la lithotritie et guéri par la taille (7° sess. assoc. franc. d'urol. Proc. verb. 1903, Paris 1904, p. 602-604).

DESNOS. — Calculs de l'urèthre (8° sess. de l'ass franc. d'urol. Paris, 8, 1905, p. 458-463.

DAMERON. — Prostatectomy with union by first intention.

Edwards. — Extirpation of Kidney following nephro-lithotomy. (Med. Press a Circ., London 1903 ns. XXV, 221).

Franck. — A report of two cases of complete perineal prostatec.t by young's technique (Chicago, M. Rec., 1905, XXVII, 258-263).

Fowler. — The technic of perineal prostatectomy (Med. News, 1905, LXXXVI, 488.)

Fontoynont. — Sur les calculs de la vessie chez les enfants malgaches de la race Hova (Gaz. d. malad. inf. Paris, 1903, V, p. 67).

Gayet. — Prostatectomie (Lyon médic., 1905, CIV, 1080).

Guyon. — Ann gén.-ur. 1899

— Calculs de la vessie datant de l'enfance. Rev. gén. de clin. et de thérapeut. Paris, 1904, XVIII, 625.

Harrisson. — Prostatectomy (Med. Rec., 1905, LXVII, 729-731).

Hall Edwards. — The X rays in the diagnostic of calculi. (Arch. Roentg. Ray. London, 1903-1904, VII, 26-33).

Hinder. — Four cases of suppression of urine (Discussion. Australas. M. Gaz., Sydney, 1903, XXII, 215.

— Four cases of suppression of urine (Australas. M. Gaz, Sydney, 1903, XXII, 197.)

Kapsamma. — Spontanous fracture of a vesical calculus (Med. Press a Circ., London 1903 ns LXXVI, p. 394).

Lavenant. — Calculs de l'urèthre (Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris, 1903, LXXVIII, 549).

Le Clerc Dandoy. — J. méd. de Brux., 1905, X, 289-291.

Legueu et Cathelin. — L'ouverture sous-pubienne de la vessie pour calculs par abaissement de la verge (7e sess de l'ass. fr. d'ur. Proc.-verb. 1903, Paris, 1904).

Legueu. — Ann. génit.-ur. 1895.

— In Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet, t. IX, p. 97-305.

Lavaux. — Trait. des fist. uréth.-rectales (XVIIe cong. de chir., procès-verb., Paris, 1904, p. 652-657).

Lewis. — Presentation of a patient, the subject of calculous format. in the Kidney ureter and bladder (Buffalo M. J., 1903-1904 ns. XLII, 307-311.

Mac-Donald. — Forty case of prostatectomy (N.-Zealand, M. J. Wellingt., 1904, III, 392 94.)

Mc-Ray. — Pyo-nephrosis of lift Kidney, nephrotomy, renal calculus of right Kidney, nephrolithotomy. (Maritime M. News Halifax, 1903, XV, 346-352.)

Magé. — Sur la pathogénie de l'anurie calculeuse. (Ann. méd. chirurg. du Centre, Tours, 1903, III, 37.)

Minet. — Taille sus pubienne pour calcul volumineux (7e sess ass. franc. d'ur. Proc. verb. 1903, Paris, 1904, 604-609.)

Negrete. — Siete casos de talla hypogastrica por calculo vesical. (Siglo med., Madrid, 1904, 41, 99 101.)

O'Neal. — Abcès péri-néphrit. consécut. à une lithiase rénale, expulsion spontanée d'un calc. urique par la fistule. Guérison. (Rev. clin. d'androl. et de gynécol. Paris, 1903, IX, 7-9.

Panchet. — Traitement d'un calcul vésical (Gaz. médic. de Picardie, Amiens, 1903, XXI, 258-260).

Ravasini. — Clin chirurg. Milano, 1905, X II, 255-306.

Smith. — Case of renal calculus (Wash. M. Ann. 1903, II, 287-291.)

— Opérations sur la prostate. (J. Mich. M. Soc., 1905, IV, 213).

Skinner. — A case of urethral calculous of eight year's duration. (Maritime M. News, Halifax, 1903, XV, 353)

— Calculous Kidney. (Maritime M. News, Halifax, 1903, XV, 355-57.)

Souques et Morel. — Volumineux calcul du rein ayant simulé un phlegmon péri néphrit. primit. Mort par syndrome de Landry. (Bull. et mém Soc. anat. de Paris, 1903, LXXVIII, 405-411.)

Tarnaud. — Contribut. à l'étude des calculs de la prostate. Thèse de Paris, 1901.

Tédenat. — Fistules uréthr -rectales (Montpellier-Méd., 1903, XVI, 81-114).

Thompson. — Traité pratique des maladies des voies urin. Traduct. franç., p. 783.

Vallas. — Calculs rénaux (Lyon-Médic. 1903, CL, 748).

Voillemier et Le Dentu. — Maladies des voies urin., t. II, p. 165.

Von Frish. — Maladies de la prostate, p. 187.

Walker. — Arch. Middlesex. Hosp. London, 1905, IV, 27 69.

Watson. — Ann. Surg. Phila., 1905, XLI, 507-519.

Young. — J am. M. ass. Chicago, 1905, XLIV, 337-346.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 6 juin 1907.
Le Recteur,
BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 6 juin 1907
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !